MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

Borrar

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Registro INSS

# SOLICITUD DE AYUDA DOMICILIARIA

(A cumplimentar por la Unidad de Gestión)

Exp. Núm.

**Puede realizar este trámite a través de la Sede Electrónica de la Seguridad Social (*http://sede.seg-social.gob.es*), por correo ordinario o en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social (CAISS), solicitando cita previa en los teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 o en *www.seg-social.es*.**

## 1. DATOS PERSONALES

### 1.1 DATOS DEL AFECTADO/A SOLICITANTE

| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre | DNI-NIF |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Domicilio habitual: (calle, plaza …) | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

| Código postal | Localidad | Provincia | Nº de Teléfono |
|---|---|---|---|
| | | | |

### 1.2 DEL REPRESENTANTE LEGAL, que actúa como:

Tutor ☐ Tutor institucional ☐ Graduado social ☐ Gestor administrativo ☐ Otros apoderados ☐

| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre | DNI-NIF |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Domicilio habitual: (calle, plaza …) | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

| Código postal | Localidad | Provincia | Nº de Teléfono |
|---|---|---|---|
| | | | |

### 1.3 GUARDADOR DE HECHO

Guardador de hecho ☐ Guardador de hecho judicial ☐

| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre | DNI-NIF |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Domicilio habitual: (calle, plaza …) | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

| Código postal | Localidad | Provincia | Nº de Teléfono |
|---|---|---|---|
| | | | |

### 1.4 CURADOR/DEFENSOR JUDICIAL

| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre | DNI-NIF |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Domicilio habitual: (calle, plaza …) | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

| Código postal | Localidad | Provincia | Nº de Teléfono |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Apellidos y nombre: | DNI - NIF: ② |
|---|---|

## 2. MIEMBROS QUE CONVIVEN EN LA UNIDAD FAMILIAR DEL SOLICITANTE

| Apellidos y nombre | DNI-NIF | Parentesco con el solicitante | Edad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

20220317

## 3. MÉDICO Y CENTRO DE SALUD ASIGNADO AL SOLICITANTE

Médico asignado D.: .....

Centro de salud/unidad de seguimiento: .....

Domicilio del centro: .....

C-083 cas V.6

## 4. INDIQUE SI SE ENCUENTRA PERCIBIENDO OTRAS AYUDAS

- Ayuda domiciliaria por Ayuntamiento (Servicios Sociales) … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … ☐
- Dependencia con prestación de ayuda domiciliaria de su Comunidad Autónoma … … … … … … … … … … … … … ☐
- Teleasistencia … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … ☐
- Otras … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … ☐

## 5. MOTIVOS EN QUE SE FUNDAMENTA LA PETICIÓN (Marque con una cruz la casilla correspondiente)

- Solicitud inicial de ayuda derivada de incapacidad para efectuar las tareas domésticas más habituales y/o de los cuidados personales más elementales … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … ☐
- **Solicitud de revisión** de la ayuda actualmente reconocida por agravamiento o aumento de la incapacidad ya declarada para la realización de estas tareas domésticas y/o de los cuidados personales más elementales … … … … … … … … ☐

| Apellidos y nombre: | DNI - NIF: ③ |
|---|---|

## 6. INDIQUE EL NUMERO IBAN DE SU CUENTA EN LA QUE DESEA QUE SE HAGA EFECTIVA LA PRESTACIÓN

| **Código IBAN** | CÓDIGO PAÍS | CCC | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | ENTIDAD | OFICINA/SUCURSAL | D. CONTROL | NÚMERO DE CUENTA |
| | | | | | |

**DECLARO** que son ciertos los datos incluidos en esta solicitud.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social solicita su consentimiento para consultar y recabar electrónicamente los datos o documentos que se encuentren en poder de cualquier Administración, cuyo acceso no esté previamente amparado por la ley y que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación reconocida.

☐ **SÍ doy mi consentimiento**

☐ **NO doy mi consentimiento**

**NOTA IMPORTANTE: En caso de no dar su consentimiento deberá aportar, en el plazo de 10 días hábiles, los documentos que se le indiquen que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación reconocida.**

El Instituto Nacional de la Seguridad Social solicita su consentimiento para utilizar el teléfono móvil, el correo electrónico y datos de contacto facilitados en esta solicitud para enviarle comunicaciones en materia de Seguridad Social.

☐ **SÍ doy mi consentimiento**

☐ **NO doy mi consentimiento**

| **INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES** | |
|---|---|
| **RESPONSABLE** | Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) |
| **FINALIDAD** | Gestión de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social competencia del INSS |
| **LEGITIMACIÓN** | Ejercicio de poderes públicos |
| **DESTINATARIOS** | Sólo se efectuarán cesiones y transferencias previstas legalmente o autorizadas mediante su consentimiento |
| **DERECHOS** | Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional |
| **PROCEDENCIA** | Recabamos datos de otras administraciones y entidades en los términos legalmente previstos |
| **INFORMACIÓN ADICIONAL** | Puede consultar información adicional y detallada en la hoja informativa que se acompaña al presente formulario en el apartado “INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES” |

20220317

C-083 cas V.6

..... , a ..... de ..... del 20 .....

Firma del solicitante o de la
persona que le representa

DIRECCIÓN PROVINCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE .....

# MODELO ANEXO DE DECLARACION A LA SOLICITUD DE AYUDA DOMICILIARIA

| Exp. Núm. |
|---|

**SOLICITANTE DE LA AYUDA**

| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre | DNI-NIF |
|---|---|---|---|
| | | | |

El titular de la ayuda DECLARA que el empleado/a del hogar que se indica a continuación, viene prestando en mi domicilio desde el día ..... servicios de ayuda y asistencia, y que me comprometo a que me sigan siendo efectuados, mientras permanezca en el reconocimiento de la ayuda. De igual modo me comprometo a comunicar a la unidad de gestión, cualquier variación que se pueda producir por cambios de la persona que me preste estos servicios.

20220317

**EMPLEADO/A DE HOGAR**

| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre | DNI-NIF |
|---|---|---|---|
| | | | |

**(Muy importante: acompañar fotocopia del DNI del empleado/a del hogar.)**

C-083 cas V.6

Firma del empleado/a del hogar

Firma del solicitante de la ayuda

**Solicitud de**
# AYUDA DOMICILIARIA

## INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTE FORMULARIO

- El domicilio que se haga constar en la solicitud, deberá ser el de convivencia o vivencia habitual del solicitante y en el que se prestará la ayuda domiciliara que en su caso sea reconocida.

- Los apartados 1.2, 1.3 y 1.4 sólo se deberán cumplimentar en el caso de que la solicitud se realice a través de representante legal, guardador de hecho, curador o defensor judicial.

## DOCUMENTOS QUE DEBEN DE ACOMPAÑARSE A LA PRESENTE SOLICITUD

- Exhibición del DNI del solicitante, y cumplimentación del modelo anexo de declaración, con la identificación del empleado/a de hogar que le presta servicios en su domicilio.
- Fotocopia que acredite la cuenta corriente del solicitante.
- Acreditación de identidad en caso de que hubiera, del representante legal, del guardador de hecho, curador o defensor judicial.
- Documentación acreditativa de la representación legal, en su caso.
- Si la persona solicitante está acogida en algún Centro oficial o privado, indique el establecimiento y especifique en calidad de qué actúa usted en su nombre (director, secretario, administrador, etc.).
- En aquellos supuestos en los que sea preciso la intervención de un guardador de hecho, o en su caso, de un curador/-defensor judicial, la documentación acreditativa correspondiente.
- Si la persona solicitante se encuentra percibiendo ayudas o prestaciones sociales deberá aportar fotocopia de la resolución.

20220317

C-083 cas V.6

## EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL LE INFORMA

Es muy importante que se comunique a la Unidad de Gestión de la Prestación, cualquier modificación de los datos contenidos en la solicitud, especialmente del domicilio que ha hecho constar y que es el que será tenido en cuenta en todas las comunicaciones que se efectúen en relación con la ayuda. También cuando cambiase de empleado/a o profesional que le preste los servicios, en cuyo caso habrá de indicarnos, su nombre, apellidos, DNI/NIF o número de permiso de trabajo y residencia o de pasaporte.

## INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

| | |
|---|---|
| **RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO** | ***¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos personales?***<br>Instituto Nacional de la Seguridad Social<br>C/ Padre Damián, 4<br>CP 28036 Madrid, ESPAÑA<br>https://sede.seg-social.gob.es |
| **DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS** | ***¿Cómo puede contactar con el Delegado de Protección de Datos?***<br>Dirección del Servicio Jurídico de la Seguridad Social<br>C/ Sagasta, 13 - 6ª Planta<br>CP 28004 Madrid, ESPAÑA<br>https://sede.seg-social.gob.es |
| **FINALIDAD DEL TRATAMIENTO** | ***¿Para qué utilizaremos sus datos?***<br>Sus datos serán tratados con la finalidad principal de resolver esta solicitud y de gestionar, en su caso, la prestación reconocida.<br>El tratamiento de sus datos de contacto tendrá como finalidad la realización de comunicaciones y remisión de información en materia de Seguridad Social.<br>Los datos personales proporcionados se conservarán mientras sean necesarios para gestionar su prestación o las de sus posibles beneficiarios así como para otros fines de archivo y estadística pública. |
| **LEGITIMACIÓN DEL TRATAMIENTO** | ***¿Cuál es la legitimación para el tratamiento de sus datos?***<br>El tratamiento de los datos se realizará sobre la base del ejercicio de poderes públicos autorizado por una norma legal (Arts. 66, 71, 72, 77 y concordantes Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en adelante, TRLGSS).<br>Por lo que respecta a las comunicaciones y envío de informaciones en materia de Seguridad Social, el tratamiento vendrá legitimado por su consentimiento. La negativa a otorgarlo supondrá que no podrá recibir este tipo de envíos, si bien, no impedirá que le podamos informar por dichos canales del estado de sus solicitudes. También le informamos de que no está obligado a facilitar su dirección de correo electrónico y número de teléfono móvil y que, en caso de no facilitarlos, no impedirá el trámite de su solicitud. |
| **DESTINATARIOS DE CESIONES O TRANSFERENCIAS** | ***¿A quién comunicaremos sus datos?***<br>Los datos personales obtenidos por el Instituto Nacional de la Seguridad Social en el ejercicio de sus funciones tienen carácter reservado y solo se utilizarán para los fines encomendados legalmente, sin que puedan ser cedidos o comunicados a terceros, salvo que la cesión o comunicación tenga por objeto alguno de los supuestos previstos expresamente en el artículo 77 del TRLGSS así como en los supuestos indicados en cualquier otra norma de rango legal.<br>Si se trata de una solicitud basada en normativa internacional, sus datos podrán ser cedidos a los organismos extranjeros competentes para el trámite de su solicitud. |
| **DERECHOS DE LAS PERSONAS INTERESADAS** | ***¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos personales?***<br>Respecto de los datos personales proporcionados, puede ejercitar en cualquier momento y en los términos establecidos por la normativa de protección de datos los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y oposición, o bien retirar el consentimiento prestado a su tratamiento en los casos que hubiese sido requerido, todo ello mediante escrito presentado en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social (CAISS) o, por correo postal o a través de la sede electrónica de la Seguridad Social, ante el Delegado de Protección de Datos cuyos datos se encuentran en el segundo apartado de esta tabla.<br>Le informamos de que en caso de considerar que su requerimiento no ha sido atendido oportunamente, tiene la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos. |
| **PROCEDENCIA** | ***¿Cómo obtenemos sus datos personales?***<br>Además de los datos facilitados por usted en su solicitud recabamos otros datos personales de otras administraciones y entidades en cumplimiento de la normativa y con el fin de agilizar y facilitar la actuación administrativa. Estos accesos a datos están amparados en normas con rango de ley. |

20220317
C-083 cas V.6